

日本の介護保険政策の成果と課題

－準市場の視点からの評価－

高尾真紀子*
makiko.takao.46@hosei.ac.jp

＜目次＞

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1. はじめに | 4. 介護保険の成果と課題 |
| 2. 日本における公的介護保険創設の背景と経緯 | 5. 準市場の視点からの評価 |
| 3. 介護保険開始以降の制度変更 | 6. おわりに |

主題語: 介護保険制度(Japan's long-term care insurance system)、準市場(Quasi-Market)、評価(evaluation)、イノベーション(Innovation)

1. はじめに

日本の公的介護保険制度は、1997年に法律が成立してから20年、2000年に制度が開始されてから17年が経過した。高齢者の長期ケアを社会保険で対応する制度¹⁾としては、1994年に法律が成立し95年からサービスが開始されたドイツ²⁾に次いで世界で2番目である。

日本で介護の社会化が必要とされた背景には急速に進む高齢化があった。日本の高齢化率が7%を超えたのが1970年、24年後の1994年には14%になった。高齢化率が7%から14%になるまでに要した期間(倍加期間)はフランスでは100年以上、スウェーデンで85年、欧州では比較的短いドイツでも40年だが、日本を始めとするアジアの国々はこの期間が短い。今後、日本に次いで韓国や中国など東アジアの国が急速に高齢化し、家族形態の変化も相俟って、高齢者の介護が社会問題となることが想定され、いち早く介護の社会化に取り組んだ日本の介護保険の経験は貴重な先例になると考えられる。

介護保険の創設は、それまで行政の措置制度として行政及びその監督下の社会福祉法人

* 法政大学大学院 政策創造研究科 教授

- 1) 税で対応する国としてはスウェーデン、イギリスなどがある。社会保険で対応するのは、ドイツ、日本、韓国の3カ国であり、韓国は2007年に法律制定、2008年からサービスが開始されている。
- 2) ドイツの介護保険の対象者は高齢者に限定されない。

で提供されてきた介護サービスについて、消費者が選択し、民間企業、NPOを含めた多様な主体の競争によって、供給を増やししながら、効率化を図るといった市場メカニズムを導入した制度改革である。日本において2000年前後に保育、介護、障害者福祉に導入された社会福祉基礎構造改革の一環である。一方で、社会保険として公的に財源を調達し、介護報酬という公定価格を定め、自己負担は1割、要介護認定が行われ、要介護度によって利用できる上限価格が異なること、事業者は自治体の指定が必要など、公的機関の関与によって市場メカニズムは限定的であり、「準市場」と位置付けられる(児山：2017、佐橋：2006、2008,2012、高尾：2012)。

本論文は、日本の介護保険創設に至る政策形成過程とその後の制度変更をたどった上で、17年を経た介護保険の成果と現在の課題を明らかにし、さらに、介護保険を準市場の視点から評価し、今後どのような制度改革が望ましいのかについて考察することを目的とする。

2. 日本における公的介護保険創設の背景と経緯

日本において高齢者介護は、1963年の老人福祉法で定められた施設としての特別養護老人ホーム(以下、特養)や老人家庭奉仕員という訪問介護の仕組みはあったもののその対象は、事実上、一人暮らしの低所得の高齢者に限定されていた。医療においては1973年に老人医療費が無料化され、老人医療費の増大を招いたため、1982年に老人保健法が制定され、一定額の負担が導入された。

高齢化の進展とともに介護を必要とする高齢者が増加し、1989年の高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)では、特養等の施設整備や在宅福祉の推進など意欲的な目標が掲げられ、1990年には老人福祉法など社会福祉関係8法の改正によって市町村への権限の一元化が進められた。しかし、税による整備には財政の制約があり、増え続ける需要を満たすことができなかった。このため、社会保険で給付される医療がその代替として利用され、“社会的入院”と呼ばれ医療が必ずしも必要でないのに長期にわたって入院する高齢者が増え続けていた。社会的入院は医療資源の無駄遣いであるとともに、病院は長期に渡る生活の場として必ずしもふさわしいものではなかった³⁾。

3) 老人病院における介護の実態については大熊由紀子(2010)「物語 介護保険(上)ーいのちの尊厳のための70のドラマ-」に詳しい。

日本において介護保険が構想された1990年代前半、介護を必要とする高齢者は1993年の時点で約200万人と推計され、2010年には390万人になると予測されていた。介護の社会化が必要になった要因としては、高齢化だけでなく、家族形態の変化も挙げられる。65歳以上のいる世帯のうち三世帯が同居する世帯は1975年には54.4%と半数を超えていたが1995年には33.3%まで減少し、1人暮らしや高齢者夫婦のみの世帯が41.5%まで増加していた⁴⁾。日本の伝統的な価値観では、妻や長男の嫁(配偶者)が介護を担うと想定されていたが、高齢化と家族の縮小により、家族で介護を担うことは困難になっており、介護を担う家族の疲弊や経済的困窮、介護離職、さらには介護を原因とする高齢者の虐待や殺人・心中事件といった社会問題が生じていた。重度の要介護者を抱える家族の過半数が介護に「ほとんど終日」時間を割かれており⁵⁾、家族は「いつまで要介護が続くかわからない」「介護の精神的負担が大きい」「介護の肉体的負担が大きい」「介護に伴う出費が多い」といった悩みを抱えていた⁶⁾。1970年代後半に、欧州の福祉国家とは異なる類型として、公的福祉に頼らず家族による福祉を期待した「日本型福祉社会」⁷⁾は現実には破綻をきたしていたのである。

一方で、高齢者は必ずしも経済的弱者ではなくなってきた。年金制度が充実し、平均値で見れば、高齢者の一人当たりの所得は若い世代と遜色なく⁸⁾、高齢者世帯の金融資産は多く、自宅を保有する割合は高い⁹⁾。

このように、日本の1990年代半ばには、高齢化の進展による要介護者の増加、家族形態の変化による家族介護力の低下、高齢者の年金の充実、社会的入院による医療資源の無駄使いといった背景から、高齢者の介護を社会化するための公的な介護保険制度が構想され、厚生省(当時)主導の周到な準備によって制度の骨格が形作られた¹⁰⁾。しかし、介護保険法の成立までには多くの関係者たちがかわり、さらなる紆余曲折があった。

1994年2月に細川政権による「国民福祉税構想」の挫折後、1994年4月には厚生省内に高齢者介護対策本部が設置され、12月には対策本部長(事務次官)の私的研究会報告書の位置づけで出された「高齢者介護・自立システム研究会」報告で、制度の骨格となる自立支援、社会

4) 厚生労働省「国民生活基礎調査」

5) 厚生労働省「国民生活基礎調査」

6) 財団法人連合総合生活開発研究所(2001)「検証：介護保険制度1年－連合総研『介護サービス実態調査』から見えてきたもの」

7) 経済企画庁(1979)「新経済社会7か年計画」

8) 厚生労働省「国民生活基礎調査」

9) 総務省「家計調査年報」全国消費実態調査」

10) 介護保険制度史研究会(2016)「介護保険制度史－基本構想から法施行まで－」によれば、厚生省省内では1994年にはほぼ制度の骨格がまとめられていた。

保険システムという大きな方向性が示された。その後、政府内の審議会や国会での議論を経て1997年に介護保険法が成立した<表1>。

<表1> 介護保険法施行までの経緯

1973年：	老人医療費無料化 ⇒ 老人医療費の増大
1982年：	老人保健法の制定(老人医療費の一定額負担の導入)
1989年：	ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略)制定 特養・老健などの施設整備、市町村による在宅福祉推進
1990年：	老人福祉法など社会福祉関係8法改正 在宅福祉など市町村への権限一元化、老人保健福祉計画の義務付け
1994年 2月：	細川政権の「国民福祉税構想」の失敗→社会保険としての方向付け
4月：	厚生省内に高齢者介護対策本部設置
12月：	厚生省「高齢者介護・自立支援システム研究会報告」 高齢者の自立支援、社会保険システムを提言
1994年 12月：	「新ゴールドプラン」制定
1995年 2月：	老人保健福祉審議会介護問題について審議開始
7月：	社会保障制度審議会 公的介護保険制度の創設を勧告
1996年 4月：	老人保健福祉審議会最終報告
6月：	介護保険制度創設に関する与党合意
9月：	「介護の社会化を進める一万人市民委員会」創設
10月：	全国市長会・全国町村会において了承
11月：	介護保険関連三法案提出
1997年 11月：	「福祉自治体ユニット」設立
12月：	介護保険法案可決
1998年 6月：	社会福祉構造改革について(中間とりまとめ)
2000年 4月：	介護保険法施行

出典：厚生労働省資料、介護保険制度史研究会(2016)「介護保険制度史」を基に作成

法律制定までの主な論点としては、社会保険か税か、保険者の単位、被保険者の範囲、サービスの範囲をどうするか、現金給付を認めるかどうか、定額給付か定率給付か、等があった。厚生省(当時)は、社会的ニーズの増大を背景に保険制度による財源の確保を意図していた。一方、大蔵省(当時)は、保険導入を消費税の引き上げの条件整備としつつ国費負担の抑制を図り、市町村は、介護保険が第2の国保(国民健康保険)化によって財政を圧迫することを懸念した。医療団体は、医師の裁量権、医療機能の評価を主張し、社会福祉法人等は、補助金や税制優遇などの既存の優遇策の維持を図った。経営者団体は、保険料の

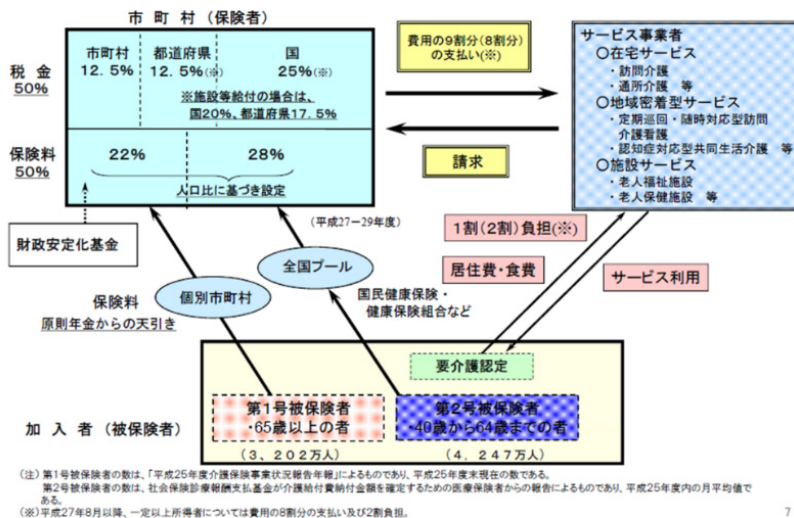
事業主負担の抑制を主張する一方、介護ビジネスの成長期待から民間企業の参入規制の緩和を後押しした。労働者団体は、基本的に介護保険創設に賛成するものの、介護労働者の労働条件の悪化を懸念した。市民団体は、「介護の社会化」を支援、介護を妻や嫁に固定化する家族への現金給付への反対を表明した。介護保険が「家族介護の美風を壊す」ので、家族介護に現金給付すべきといった政治家の意見や「保険料を徴収してもサービスが給付できないのでは」との懸念をする自治体もあったものの、市民団体からは「介護の社会化」を進めるための介護保険に強い支持があり、実現を後押しした。

日本の介護保険は市町村を単位とする賦課方式の保険であり、財源は保険料と税金が50%ずつである<図1>。65歳以上の第1号被保険者は個別市町村が保険料を徴収し、40歳-64歳までの第2号被保険者は健康保険と合わせて保険料を徴収され全国プールされる。介護が必要になったときに要介護認定を受け、介護が必要な程度に応じた上限までは自己負担1割¹¹⁾で、介護サービスを利用することができる。日本の介護保険の特徴として、ケアマネージャーの存在があり、利用者は専門家であるケアマネージャーにケアプランの作成を依頼し、ケアマネージャーは事業者との連絡調整の役割も担う。また、日本の制度は、ドイツ、韓国と比較し¹²⁾、軽度の状態から使うことができるのが特徴の1つであり、利用限度額も重介護では月30万円以上と手厚い(増田：2016、pp.135-144)。また原則として家族介護に対する現金給付はない。施設介護と居宅介護の区分¹³⁾があり、施設介護は、介護老人福祉施設(特養)、介護老人保健施設(老健)、介護療養型病床群の3類型となった。これは従来の制度の中で福祉と医療で別々に位置づけられてきたものであったため、面積や人員基準、介護報酬は別々に定められ、社会福祉法人や医療法人等に参入が限られ、民間企業は参入できない。一方、居宅介護には、訪問介護、訪問看護、通所介護、短期入所、福祉用具貸与などがあり、これらは民間企業や特定非営利法人(NPO)などの参入も可能だった。また、有料老人ホーム、グループホームなどの入居系の施設については、施設ではなく、居宅介護と位置付けられ、介護サービスのみ給付されることとなった。

11) 2014年度より一定程度以上の所得者は2割負担、2018年度より現役世代並み所得のある高齢者は3割負担となった。

12) ドイツの介護給付は3段階で概ね日本の要介護3以上にあたる

13) 創設当時の区分。現在は施設介護、地域密着型介護、居宅介護の3区分

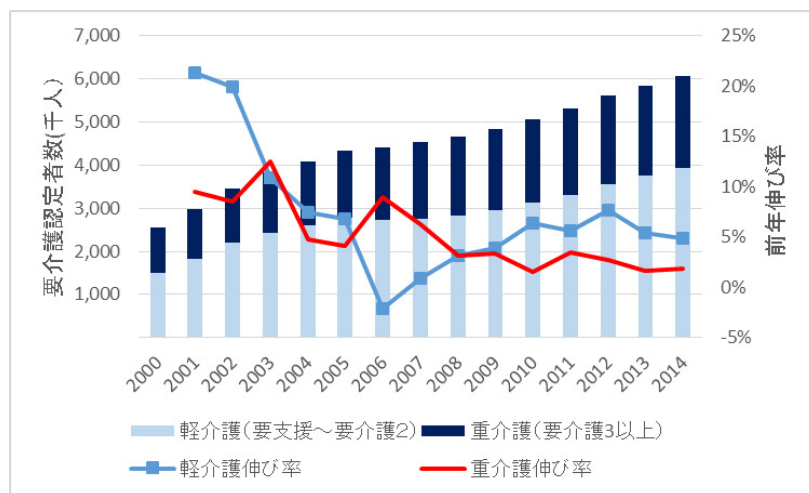


出典：厚生労働省(2015)「公的介護保険制度の現状と今後の役割

<図1> 介護保険の仕組み

3. 介護保険開始以降の制度変更

2000年に介護保険が開始され、営利法人の参入が認められた訪問介護、通所介護等が急速に成長し、軽度を中心に要介護認定者が急増した(資料：厚生労働省「介護保険事業年報各年版」より作成<図2>)。これに対し、2003年6月には、老健局長の私的研究会「高齢者介護研究会」報告書「2015年の高齢者介護」が提出され、後の介護保険法改正で政策として実現することになる小規模多機能サービス拠点、地域包括ケアシステム、介護予防の導入が提言された。在宅へのシフトを進めるとともに、軽度の要介護者については予防を重視する考え方である。



資料：厚生労働省「介護保険事業年報各年版」より作成

<図2> 要介護認定者数の推移

2005年6月に介護保険法が改正され、2005年には施設介護のホテルコストと食費の保険外化を先行実施、2006年4月に施行と同時に介護報酬改定が実施されたことにより、給付抑制の方向が明確になった。

しかし、2007年6月に訪問介護大手のコムスンが人員不足等による介護報酬不正受給で処分を受け介護事業から撤退したことで、介護労働力不足が社会問題としてクローズアップされた。長期の景気回復局面では、介護報酬によって賃金上昇に制約のある介護職で労働力不足が深刻化していた。このため、2009年4月の介護報酬改定では、労働力不足の顕著な在宅サービスの3%引き上げ、加えて介護職員処遇改善交付金が創設された。

2011年の改正では地域包括ケアが推進され、2014年改正では要支援の予防給付のうち訪問、通所が市町村事業に移行された。また、一定以上の所得者の自己負担を2割に引き上げ、低所得の施設利用者の補足給付の要件に資産を追加するなど、財政負担の抑制を図っている。さらに待機者の多い特別養護老人ホームの入所要件を原則要介護3以上にする等、重度者への重点化を進めている。なお、2011年には高齢者の居住の安定確保に関する法律の一部改正により、「サービス付き高齢者向け住宅」が創設され、補助金や融資・税制優遇などの促進策が講じられたため、不足する施設介護の代替としてサービス付き高齢者住宅が急速に拡大することになった¹⁴⁾。

14) 2017年4月末現在、全国で6,669棟217,775戸に達している(一般社団法人高齢者住宅推進機構)

<表2> 介護保険法施行以降の主な制度改正

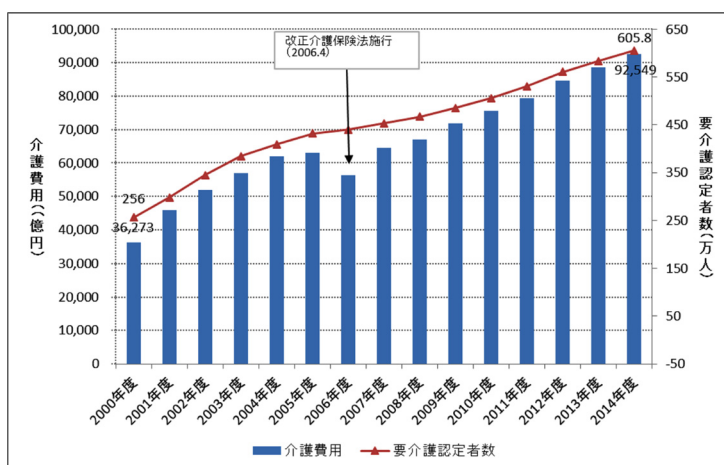
2000年4月	介護保険法施行 ・訪問介護、通所介護等、営利法人参入分野の急成長 ・要介護認定者の急増(特に軽度要介護者)
2000年	「ゴールドプラン2 1」 ・ヘルパー35万人、訪問看護ステーション9900カ所、グループホーム3200ヶ所など
2003年4月	介護報酬改定 ・施設介護▲4%、居宅介護0.1%(家事支援▲)
2003年6月	老健局長の私的研究会「高齢者介護研究会」報告書「2015年の高齢者介護」 ・小規模多機能サービス拠点、地域包括ケアシステム、介護予防の導入を提言
2005年6月	改正介護保険法成立 ・予防給付と地域密着サービス、市町村の権限強化
2005年10月	施設介護のホテルコストと食費の保険外化先行実施
2006年 4月	改正介護保険法施行、介護報酬改定 ・給付抑制が明確に
2006年 4月	老人福祉法改正 有料老人ホームの定義見直し 障害者自立支援法施行
2007年 6月	コムスンショック ・訪問介護大手のコムスンが介護報酬不正受給等で処分を受け介護事業から撤退 ・介護労働力不足が社会問題化
2009年 4月	介護報酬改定 居宅サービス3%引き上げ ・介護職員処遇改善交付金創設
2011年4月	高齢者の居住の安定確保に関する法律の改正→施行(10月) ・サービス付き高齢者住宅の創設
2011年 6月	介護保険法改正 ・地域包括ケアの推進 ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービス・複合型サービスの創設 ・介護予防・日常生活総合支援事業の創設
2012年 4月	改正介護保険法施行 8月：「社会保障・税一体改革」関連法案の成立
2014年	介護保険法改正 ・介護職員の処遇改善(27年度介護報酬改定で対応) ・予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村の地域支援事業に移行 ・一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ(1割負担→2割負担) ・低所得の施設利用者の「補足給付」の要件に資産などを追加 ・特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に重点化
2015年4月	改正介護保険法施行、介護報酬改定

出典：厚生労働省資料より作成

4. 介護保険の成果と課題

介護保険制度以前の課題であった、増え続ける要介護者に対応した供給基盤の整備という点では介護保険は十分な成果を上げたといえる。

要介護(要支援を含む)認定者は2000年の256万人から2014年には605万人を超え、サービス受給者は2000年4月の149万人から2015年4月には512万人へと3.4倍に、介護費用(給付と自己負担の合計)は2000年度の3.6兆円から2014年度には9.3兆円と2.6倍に増加し、サービス供給量は飛躍的に増加した<図3>。介護をビジネスという視点で見れば、市場規模が10年間で2倍、15年で2.6倍へと拡大した成長産業となった。介護職員は55万人から171万人へと増加し雇用を拡大した。特に製造業の雇用が減少した地方においては、医療・介護が最大の雇用セクターとなった地域も珍しくない。



注)要介護認定者には要支援を含む

資料：厚生労働省「介護保険事業年報各年版」より作成

<図3> 介護費用と要介護認定者数の推移

2000年から2015年までの施設・事業所数の変化を見ると、介護老人福祉施設(=特養)が1.69倍、介護老人保健施設(老健)が1.57、介護療養型医療施設が0.37倍と施設の伸びが低いのにに対し、居宅介護では訪問介護3.54倍、通所介護5.40倍と営利法人の参入が認められたサービスの伸びが高い。さらに伸びが大きいのが、特定施設入所者生活介護(有料老人ホームなど)16.25倍、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)19.23倍といった入居系サービ

スである。入居系サービスは、施設介護に営利法人の参入が認められず、拡大が抑制されたことから、施設介護の代替として大きく成長することとなった。

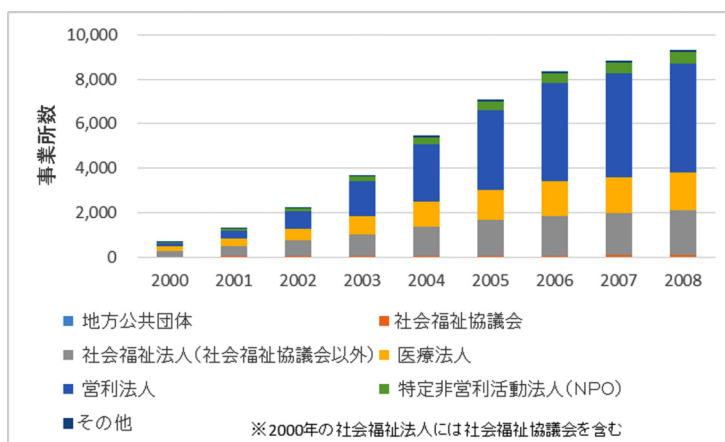
<表3> 介護施設・事業所数の変化(2000年-2015年)

	施設介護			居宅介護									地域密着型	
	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護ステーション	通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	短期入所療養介護	特定施設入居者生活介護	福祉用具貸与		居宅介護支援
2000年	4,463	2,667	3,862	9,833	2,269	4,730	8,037	4,911	4,515	4,651	288	2,685	17,176	675
2005年	5,535	3,278	3,400	20,618	2,402	5,309	17,652	6,093	6,216	5,513	1,375	6,317	27,304	7,084
2010年	5,676	3,382	1,770	20,805	2,021	5,119	22,738	5,877	7,096	4,633	2,974	5,202	27,158	8,942
2015年	7,551	4,189	1,423	34,823	2,190	8,745	43,406	7,515	10,727	5,348	4,679	8,056	40,127	12,983
2015/2000(倍)	1.69	1.57	0.37	3.54	0.97	1.85	5.40	1.53	2.38	1.15	16.25	3.00	2.34	19.23

※ 2009年より調査方法の変更があったため厳密な比較はできない。

資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より作成

規制改革により在宅分野には多様な事業主体(営利法人、NPOなど)が参入した。特に認知症に対応した介護及び生活の場として介護保険に導入されたグループホーム(認知症対応型共同生活介護)は2000年から2008年までの9年間で13.8倍(事業所数)に拡大したが、その間に営利法人のシェアは21.2%から53.1%へと拡大し¹⁵⁾、民間企業の参入が急拡大の原動力となったことがわかる<図4>。

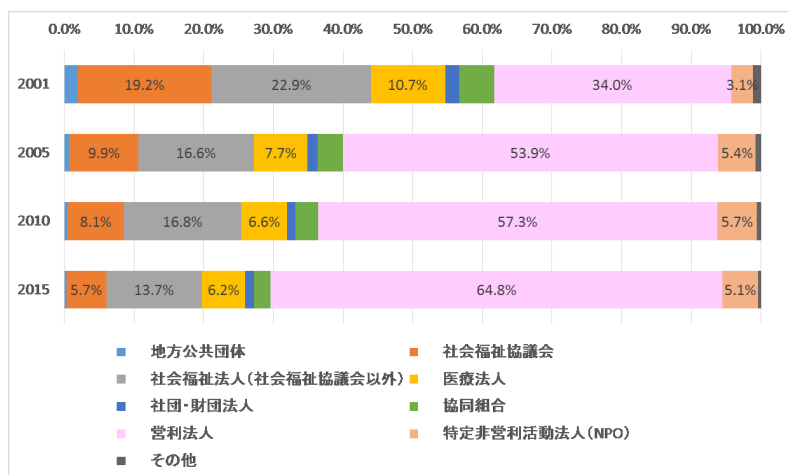


資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査各年版」より作成

<図4> グループホームの経営主体別事業所数の推移(2000年-2008年)

15) 介護サービス施設・事業所調査より。同調査は2009年より調査方法が変更され、件数の比較ができないことから、2008年までのデータで比較した。

また、訪問介護の事業所は2001年には地方公共団体が2.0%、社会福祉協議会が19.2%、社会福祉法人が22.9%と約半数を占めていたが、2015年には64.8%が営利法人となっており<図5>、新規参入により多様な主体による競争が促進されたことが想定される。



資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査各年版」より作成

<図5> 訪問介護の経営主体別事業所数の構成比の推移(2000年-2015年)

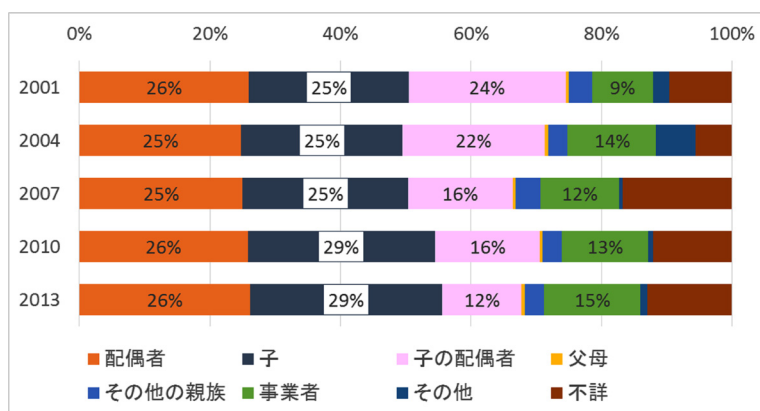
介護保険によって供給量が飛躍的に増加したのは確実であるが、質の面ではどうだったのだろうか。介護保険によって介護サービスの質が向上したかどうかについての実証研究は少ないが、角谷(2016)はグループホームの外部評価の公表データを用い、グループホームにおける非営利法人と営利法人の介護の質を比較し、非営利法人と営利法人の介護の質に有意な差はないこと、競争市場の供給者の方が非競争市場の供給者より全体的な介護の質が有意に高いことを見出し、市場競争が介護の質を低下させるのではなく、向上させることを示した。また、新規参入者と介護の質について、初年度には新規参入者のサービスの質が劣るが、翌年度には新規参入者の介護の質が既存供給者より大きく向上することを示している。

介護の現場では、グループホームや新型特養等でユニットケア¹⁶⁾をはじめとする新しい

16) 外山(2002)は、「日本の高齢者は和気藹々とした雰囲気のある相部屋の方がよく、個室では閉じこもって孤独になってしまう」という従来の通説に反し、多床室の多くは会話が少なく、多床室の入所者は、互いに視線を避けるなど、関わりを避けて生活していること、多床室から個室に建替えた施設では、個室に個人的領域を形成する一方で、ベッド上の滞在率が減少し、リビングの滞在率が増加し、個

ケアの方法が普及し、以前は病院で行われることが多かった看取りに関するケアも広まった。ITや介護機器の利用も一定程度進み、福祉施設用機器・システムの市場規模は1999年度の44億円から2000年度には77億円へと急増、その後減少していたが2014年度には67億円となり、在宅介護分野の福祉用具・機器は400億円~500億円で推移している¹⁷⁾。近年では介護ロボットについても、介護労働者の補助、移乗支援、移動・歩行支援、排泄支援、見守り、コミュニケーションなど多岐にわたって実用化の段階に入りつつあり、一部は保険適用されている。これらは介護保険が促進したイノベーションと考えることができる。

また、介護保険によって「介護は嫁の仕事」という意識が変わり「介護の社会化」が一定程度進んだことも大きな変化である。内閣府「高齢者介護に関する世論調査」では、「家族だけに介護されたい」が1995年には25.0%だったが、2003年には12.1%に低下し、「ホームヘルパーなど外部の者の介護を中心とし、あわせて家族による介護を受けたい」は21.5%から31.5%へと上昇している。また、家族の中で「嫁」に介護して欲しいとの答えは12.1%から6.0%へと低下している¹⁸⁾。介護保険が始まって間もない2001年時点では主な介護者のうち、24%を占めていた「子の配偶者」(≒嫁)が2013年には12%まで減少し、一方、2001年には9%だった「事業者」が15%まで増加していることは、この変化を裏付けている<図6>。



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査各年版」より作成

<図6> 主な介護者の変化

室化は居室への閉じこもりを引き起こすのではなく、むしろ他人との交流を促す効果があったことを見出した。

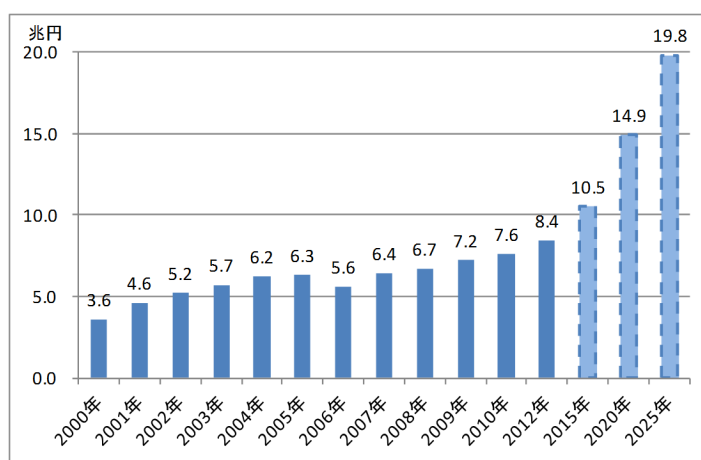
17) 一般社団法人日本福祉用具・生活支援用具協会「2014年度 福祉用具産業の市場規模調査結果報告」

18) 内閣府(1995,2003)「高齢者介護に関する世論調査」

2010年の世論調査で、介護保険制度が始まったことにより、介護の状況は良くなったと思うかという問いに対し「良くなったと思う」との回答が半数を超えており、良くなったと思われる点については「家族の負担が軽くなった」、「介護サービスを選択しやすくなった」が半数を超え、「家族に介護が必要となった場合でも働き続けることができるようになった」、「介護サービスの質が良くなった」、「介護が必要となっても現在の住まいで生活が続けられるようになった」、「介護サービス事業者を選択しやすくなった」の順となっている¹⁹⁾。制度が定着し、国民に一定の評価をされていることがうかがえる結果である。

(2) 介護保険の課題

一方で、大きな問題は需要増による財政負担の増加である。介護保険の財源の半分は税であり、市場の拡大は財政負担の増加も意味する。厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計(2012年3月改定)」によれば、介護給付費は、2012年度の8.4兆円(GDP比1.8%)から、2025年度には19.8兆円(GDP比3.2%)に増大すると予測されている。高齢者が支払う介護保険料(月額・全国平均)は2000年度の2,910円が、2015年度には5,514円まで上昇し、さらなる上昇が予測されている。



資料：2010年度まで厚生労働省「介護保険事業報告」より介護費用額、2012年度からは厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計(2012年3月改定)」より作成

<図7> 介護費用の将来推計額

19) 内閣府(2010)「介護保険制度に関する世論調査」

また、最近特に深刻化しているのが介護労働力の不足である。介護職の離職率は高く、職種別の有効求人倍率で介護サービス職種は3倍を超えており²⁰⁾、地域によっては施設を整備しても人が集まらずサービスが供給できない事態になっている。厚生労働省の推計では2025年に必要となる介護労働力253万人に対し、供給は215万人に留まるとされ、約38万人が不足する。介護ロボットの導入や外国人労働力の活用も試行されているものの、規制や制度の制約もあり、労働力不足を緩和するまでの成果にはつながっていない。

以上のように、成果としては、介護保険の創設によりサービス供給量が増加し、利用者がサービスを選択できるようになったこと、競争によってサービスの質が向上した可能性があり、イノベーションが促進されたこと、家族による介護の負担が軽減されたこと等が挙げられる一方、財政負担が増大し、保険料が上昇していること、介護を担う労働力が不足し、今後益々需給が逼迫することが課題として挙げられる。

5. 準市場の視点からの評価

前述のように介護保険は準市場と位置付けられるが、本論文における「準市場」とは、「情報の非対称性、質やアウトカムの評価が困難である対人社会サービスの特性を考慮しつつ、市場メカニズムの手法を取り入れて、効率的なサービス生産・流通システムをどのように構築するかという課題へのアプローチ」(2008：駒村)」である。LeGrant & Bartlett(1993)は準市場成功の条件として、①市場構造の転換、②情報の非対称性の緩和・防止、③取引費用と不確実性への対応、④動機づけのあり方、⑤クリームスキミングの防止を挙げている。その条件は日本の介護保険ではどのように実現されているだろうか。

まず、市場構造の転換についてみれば、介護保険は、措置制度の下で競争がほとんどなかった介護市場に、新規参入と供給の増加をもたらし、多様な主体による競争へと市場構造を大きく転換させた。ただし、このような変化は営利法人の参入が認められた在宅介護に限定され、施設介護における構造変化は限定されている。

情報の非対称性の緩和・防止については、介護保険法に介護サービス情報の公表制度があり、質を評価するものではないが、インターネット上にリーダーチャート等を使った情報が開示されている²¹⁾。また、グループホームについてはサービスの質について第三者評価

20) 厚生労働省「一般職業紹介状況(職業安定業務統計)」2017年4月

21) 介護事業所生活関連情報検索介護サービス情報公表システム<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

が義務づけられている。介護保険創設当時と比べ、情報へのアクセス、開示情報のわかりやすさは格段に向上しているが、高齢の利用者や家族がどこまでこのような情報を取得し、選択に役立っているかは必ずしも明らかでない²²⁾。

取引費用と不確実性への対応とは、利用者側から見れば選択のための探索コストがかかり、サービス供給者側から見れば利用者の獲得のために費用がかかり、また保険者から見れば監視の手続きがかかるといった問題である。この問題には情報開示とともに、利用者と事業者の間に立ち、連絡調整を行うケアマネージャーの役割が重要である。社団法人シルバーサービス振興会(2009)の調査によれば、訪問介護サービス事業所選択時の情報源ではケアマネージャーが57.2%と最も多く、事業所決定理由では「担当のケアマネージャーにすすめられたから」が最も多く38.2%、次いで「担当のケアマネージャーが所属する事業所だから」24.4%である。この点でケアマネージャーがサービス提供事業者に所属していることが多い現状には問題があると考えられる。居宅介護支援事業の多くが赤字であり²³⁾、独立採算が難しいことがその背景にある。さらに利用者側にとっては供給者の倒産²⁴⁾や撤退などの不確実性があり、供給者にとっては規制の変更や介護報酬の改定といった政策変更リスクがある。コムスの介護事業からの撤退など、過去にも倒産や事業撤退などは数多く起こっている。競争市場であれば他の事業者による代替も可能であるが、有料老人ホームなど高額な一時金を支払っている場合は問題が大きい。

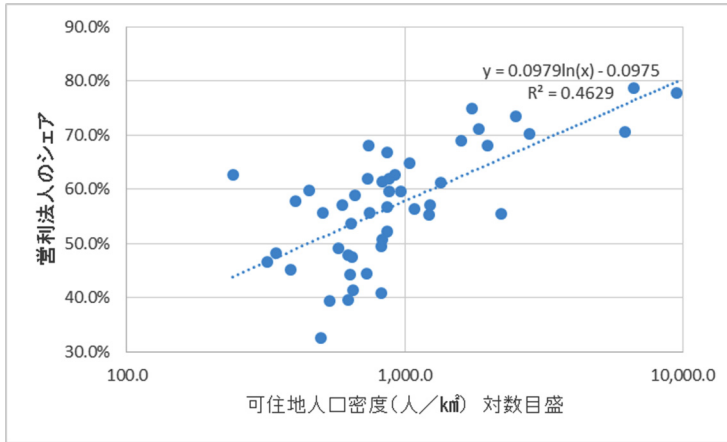
動機づけのあり方について、準市場ではサービス供給者が利潤動機を持つことにより効率化が図られ、利用者が福祉追求の動機を持つことで質の確保がされる。介護保険市場は介護報酬が決めており、価格による競争はないため、利用者は質に基づいてサービスを選択することになるが、現状ではグループホームを除くと必ずしも質の評価が義務付けられていないため、質に基づく選択ができていない可能性もある。

クリームスキミングとは、利益の得やすい対象のみに特化し「いいとこどり」することである。都道府県別に訪問介護における営利法人のシェアと可住地人口密度の関係を見る

(2017年6月9日アクセス)

- 22) 社団法人シルバーサービス振興会(2009)「介護サービスにおける利用者のサービス選択要因に関する研究事業報告書」によれば、2008年時点では居宅介護支援事業所、訪問介護サービス事業所を選択する際に介護サービス情報公表制度のホームページを情報源とした人はそれぞれ1.2%、1.2%に過ぎない。
- 23) 居宅介護支援事業所当たり収支を見ると収入費用の差引の収入に対する比率は社会福祉法人で-3.1%、営利法人で-3.2%と赤字になっている(平成27年度決算)厚生労働省「平成28年度介護事業経営概況調査」
- 24) 東京商工リサーチの調査によれば2016年の「老人福祉・介護事業」の倒産件数は108件。前年比42.1%増と急増し、2000年からの調査開始以来最多だった。

と、人口密度が高い大都市圏ほど営利法人のシェアが高く、営利法人によるクリームスキミングが行われている可能性が示唆される<図8>。



資料：総務省「統計でみる都道府県のすがた2017」, 「介護サービス施設・事業所調査」より作成

<図8> 都道府県別の可住地人口密度と訪問介護事業所の営利法人のシェア

訪問介護における非営利・営利事業者の行動を比較したN.Kanayaら(2015)、金谷(2016)は、営利法人において介護報酬の単価の高い身体介護・重介護の割合が高い等、クリームスキミングへの志向性が一部に観察されたとしている。²⁵⁾

このように介護保険では、取引費用や不確実性への対応、動機付けのあり方について、ケアマネージャーの中立性や質の評価に課題があり、クリームスキミングは否定しきれないものの、準市場成功の条件がある程度確保されているといえる。

では、日本の介護保険の成果を効率性、応答性、選択制、公平性の4つの評価基準(LeGrant & Bartlett : 1993)に照らして評価するのだろうか。この場合の効率性とは質を確保しながらコストを抑制していくことである。サービスの質については計測が難しいが、角谷(2016)の研究から見れば、市場競争がサービスの質を向上させている可能性がある。

応答性の観点からみると、措置制度の下で供給が制約されていたサービスが飛躍的に拡大ただけでなく、画一的・硬直的なサービスが利用者のニーズに応える柔軟なサービスへ

25) 金谷は、クリームスキミングが見られてもそのことが社会的な問題であるかは判断できないとし、介護保険の公平性や公正性を確保する上で事業者の行動を注視すべきとの指摘にとどめている。

と変化していることから応答性は向上していると想定される。介護分野の大手企業は顧客満足度調査を実施しサービス向上に役立てている²⁶⁾。

選択性の観点からみると、措置制度では利用者は事業者を選択することができなかつたため、選択性は明らかに向上している。しかし、佐橋(2012)は介護保険制度において利用者負担の存在やホテルコストの導入によって低所得者の選択が阻害され、市町村の裁量を強化したことから市町村の財政制約によるサービスの差によっても選択性が限定されていると批判している。実際に、市町村の総量規制で施設介護が抑制され、特養の待機者が37万人²⁷⁾に及ぶ現状では、施設介護における選択性は未だに低いことは否めない。

公平性の観点からみると、介護保険は措置制度の下ではほとんど無料でサービスを受給してきた低所得者にとっては負担の増加を意味し、佐橋(2008, 2016)は低所得者への配慮が乏しいと厳しく批判している。現行の制度では低所得者に対する補足給付、高額介護サービス費支給制度などがあるものの、低所得者のサービス利用が過小になっている(杉澤他：2002)可能性は否定できない。しかし、措置制度では事実上サービスから排除されていた中所得以上の層にとってはサービス受給が可能になったのであり、その点から見れば公平であるともいえ、再分配を介護保険の中で行うことには限界もある。一方、鈴木(2016)は市場主義の立場から、介護保険が賦課方式の短期保険で運営され、公費が投入されていることが世代間の不公平を生んでいること、家族への現金給付がないことは不公平なばかりでなく、施設介護への過大な需要を発生させているとして批判している。

公平性を地域格差の観点からみるため、サービス受給者、介護費用の都道府県格差を示すと、2000年の第1号被保険者あたりの居宅介護サービス受給者数は、最大の鹿児島県と最小の茨城県では2.17倍の格差があり、施設介護サービス受給者数では最大の鹿児島県と最小の神奈川県では2.57倍の格差があった。このような格差は介護保険開始以降、急速に縮小し、2014年にはそれぞれ1.60倍、1.69倍まで縮小した²⁸⁾。第1号被保険者一人当たりの介護費用で見ても2.33倍から1.60倍へと格差が縮小している²⁹⁾<図9>。

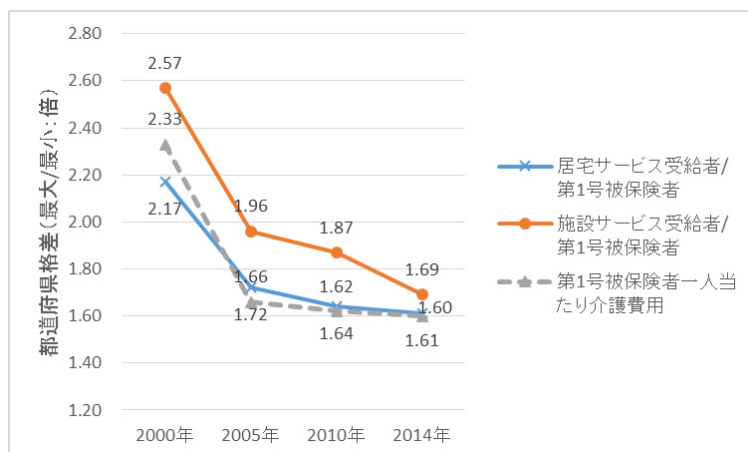
26) 例えば在宅介護最大手のニチイ学館は毎年顧客満足度調査を実施し調査結果を公表している。2016年の調査報告では顧客の91.6%が満足(非常に満足+満足)としている。

<http://www.nichiigakkan.co.jp/service/care/cs/2016.html>(2017年6月9日アクセス)

27) 2016年4月時点(厚生労働省)

28) 2014年の居宅介護のサービス受給者/第1号被保険者の最大は和歌山、最小は埼玉、施設介護サービス受給者/第1号被保険者の最大は鳥取、最小は千葉である。

29) 2000年の一人当たり介護費用の最大は沖縄、最小は茨城、2014年は最大が沖縄、最小が埼玉である。



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告各年版」より作成

<図9> 介護保険の都道府県格差の推移

以上のように介護保険は、効率性、応答性、選択性については、措置制度の時代より明らかに向上していると考えられるが、公平性については何を公平と考えるかによって評価は異なっている。また、他の評価基準についても十分ではなく、さらに改善、向上が求められることは言うまでもない。

6. おわりに

現在、介護保険は財政の持続可能性という大きな課題を突き付けられている。とりわけ団塊世代(1947-50年生まれ)が後期高齢者になる2025年に向けた改革が迫られている。要介護状態になるリスクは75歳以上で高まるからであり、地域別に見れば、団塊世代の人口が集中する大都市圏で後期高齢者の増加によって介護需要が増大し、大幅な供給不足となることが懸念されている。³⁰⁾

近年の制度改正においては、予防サービスの市町村事業への移行、特別養護老人ホームへの入居基準の厳格化、高所得者の自己負担の引き上げ³¹⁾等が実施されたが、給付抑制に

30) 国立社会保障人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)』では、東京圏(東京、神奈川、千葉、埼玉)では2010年から2025年の間に75歳以上人口が250万人以上増加する。

31) 2017年の法改正では現役並み所得の高齢者の自己負担が3割まで引き上げられた(2018年4月施行)。

向けたこのような流れは今後も一層進むことが想定される。

介護保険にはもともと所得に関わらず全ての人に必要なサービスを提供する「普遍主義」と競争によって効率化を図る「市場主義」の2つの方向性が内包されていた。前者は大きな政府、後者は小さな政府に対応しているが、「準市場」メカニズムが両者を統合していた。

施設介護への参入規制はあるものの、要介護度によって上限価格が決まる比較的シンプルな制度として始まった介護保険は、幾度もの制度改正を経て、施設や入居系施設の総量規制、在宅への誘導、質の確保のための加算、減算など制度は複雑化し、市場主義は後退している。また保険料についても第1号被保険者について当初5段階で始まったが、現在は9段階まで細分化され、応益負担から応能負担へと戻る傾向にある。

2025年に向けて介護保険制度の改革が議論されているが、より市場原理の徹底を求める「市場主義派」³²⁾の議論と、質の確保のための規制強化や低所得者への配慮を求める「規制強化派」³³⁾の議論がある。それは、準市場として始まった介護保険の「市場」を強調する立場と、公的関与の部分である「準」を強調する立場と考えることもできる³⁴⁾。共通するのはどちらも財政抑制のための制度変更が、本来の姿を歪めているとしていることである。

これらに対し、日本の介護保険制度を高く評価する角谷(2016)は、日本の介護保険市場を介護市場モデルとして、①介護サービスのユニバーサル給付、②被介護者の状態ごとに標準化された介護サービス、③価格不競争、④介護品質情報の公開、の4つの条件を満たしている唯一の制度としており、介護市場モデルの持続可能性を保つために、福祉器具やロボットの活用によって労働集約的な介護サービスの生産性を高めること等を提案している。

機器やロボットの活用だけでなく、ケア技術やマネジメントの向上によっても生産性の上昇は可能と考えられる³⁵⁾。また、現在はグループホームにのみ義務付けられているサー

32) 例えば、市場主義派である鈴木(2016)は、介護保険制度を、措置制度の下規制でがんじがらめであった介護サービス市場を民間開放し供給量を拡大し、過重な家族介護を社会化したと評価した上で、その後の「非市場的」な財政抑制策により使い勝手が悪化、さらなる財政抑制策は「措置への先祖帰り」させるものとして厳しく批判している。市場原理を徹底させることこそが正しい解決策であると、介護版MSA導入による積み立て方式への移行、公費投入の縮小、混合介護導入による価格の自由化、参入規制の撤廃、家族介護への現金給付の導入、保険運営の民営化等の制度改革を提案している。

33) 例えば、佐橋(2012)は、介護保険制度が財政の持続可能性のために利用者負担を強化・拡大していくことによって、普遍的なサービス提供を阻害していることを批判し、低所得者への配慮、制度変更に対して利用者や家族が声をあげる仕組み、サービス従事者の国家資格付与の厳格化や業務独占化、情報の非対称性の克服など質の確保のためのインセンティブを制度設計に組み込むこと等を提案、財源として企業への課税強化を主張している。

34) その他に介護保険制度そのものに反対する議論もあるが、ここでは立ち入らない。

ビスの質の外部評価を全サービスに広げるとともに、わかりやすい情報開示やケアマネジャーの支援によって利用者がサービスの質によって選択することによって、コストの抑制と同時に質の確保ができる可能性がある。

介護保険の創設は、高齢化に関する課題先進国である日本にとって、介護の社会化を目指した画期的な改革であり、それ自体がイノベーションだったとも考えられる(高尾：2008)。立場を超えて介護保険の創設に努力した先人たちの努力を無駄にすることなく、全ての人が必要なサービスを受けられる普遍的サービスを前提としつつ、多様な主体の競争によってイノベーションを促進し、質の向上と効率化を図る「準市場」の制度設計が求められる。介護現場におけるベストプラクティスの収集だけでなく、介護の質を勘案した統一的な指標を作成し、実証データを蓄積することが必要であろう³⁵⁾。また、介護保険のレセプトデータは貴重な行政データであり、これらを活用した研究を進めることが有益であると考えられる³⁷⁾。実証データを用い、質の向上と効率化を促すインセンティブの在り方をより詳細に検討していくことが今後の課題である。

【参考文献】

- 池上直己(2017)『日本の医療と介護 歴史と構造、そして改革の方向性』日本経済新聞出版社
 後房雄(2015)「日本における準市場の起源と展開－医療から福祉へ さらに教育へ」RIETI Discussion Paper Series 15-j-022
 大熊由紀子(2010)『物語介護保険-いのちと尊厳のための70のドラマ』岩波書店
 介護保険制度史研究会編著(2016)『介護保険制度史－基本構想から法施行まで』社会保険研究所
 角谷快彦(2016)『介護市場の経済学 ヒューマン・サービス市場とは何か』名古屋大学出版会
 金谷信子(2016)「準市場・訪問介護サービスにおける非営利・営利事業者の行動比較」『老年社会科学』No.38-3 pp.297-307
 経済産業省(2016)「将来の介護需要に即した介護サービス提供に関する研究会」報告書
 厚生労働省「厚生労働白書」
 _____「介護保険事業報告」
 _____「介護サービス施設・事業所調査」
 _____「介護事業経営概況調査」
 駒村康平(2008)「準市場メカニズムと新しい保育サービス制度の構築」『季刊・社会保障研究』Vol.44No.1、
- 35) 経済産業省(2016)は、センサー、機器やロボットの導入により施設介護で31.1%、居宅サービスでは20.9%の時間が効率化できると試算し、約51万人の人材需要を抑制できるとしている。
- 36) 介護現場でのケア技術の導入に関する研究や個別施設での実践に関する研究は数多くあり有益であるが、サンプルの偏りや統一的な手法で評価が行われていないといった問題があり、政策に活用するには課題が多い。
- 37) 厚生労働省は介護保険総合データベースを構築しており、医療データとの統合も検討されている。こうしたデータを活用した研究の進展が期待される。

pp.4-18

児山正史(2016)「準市場の優劣論と社会福祉基礎構造改革論」『弘前大学人文社会科学論叢,社会科学編』35、

pp.25-41

児山正史(2017)「準市場の優劣論と介護保険制度導入時の議論」『弘前大学人文社会科学論叢』2、pp.146-156

佐橋克彦(2006)『福祉サービスの準市場化ー保育・介護・支援費制度の比較からー』ミネルヴァ書房

_____ (2012)「わが国介護サービスにおける選択制と利用者主体の限界ー準市場の観点からー」『北星学園大学社会福祉学部北星論集』第49号、pp.99-114

社団法人シルバーサービス振興会(2009)「介護サービスにおける利用者のサービス選択要因に関する研究事業報告書」

杉澤秀博,深谷太郎,杉原陽子,石川久展,中谷陽明,金恵京(2002)「介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因」

鈴木亘(2016)「介護保険施行15年の経験と展望：福祉回帰か、市場原理の徹底か」RIETI Policy Discussion Paper Series 16-P-014

鈴木亘、八代尚宏編(2011)『成長産業としての医療と介護 少子高齢化と財源難どう取り組むか』日本経済新聞出版社

外山義(2002)「介護保険施設における個室化とユニットケアに関する研究」『医療経済研究』11、pp.63-89

高尾真紀子(2008)「介護サービスのイノベーション」『Best Value』vol.17、pp.24-27

_____ (2012)「準市場と対人社会サービス」片木淳、藤井浩司編著『自治体経営学入門』一藝社、pp.116-137

増田雅暁(2016)『介護保険の検証ー軌跡の考察と今後の課題』法律文化社

財団法人連合総合生活開発研究所(2011)「検証：介護保険制度1年ー連合総研『介護サービス実態調査』から見えてきたもの」

J. LeGrand, W. Bartlett(1993)Quasi-Markets and Social Policy, London, MacMillan

G.Esping-Andersen(1990) The Three Worlds of Welfare Capitalism(『福祉資本主義の三つの世界 比較福祉国家の理論と動態』(岡沢憲英・宮本太郎監訳)

N.Kanaya, H.Takahashi and J.Shen(2015) The Market Share of Nonprofit and For-Profit Organizations in the Quasi-Market: Japan's Long-Term Care Services Market, Annals of Public and Cooperative Economics 86:2 2015 pp.245-266

논문투고일 : 2017년 06월 16일

심사개시일 : 2017년 07월 17일

1차 수정일 : 2017년 08월 11일

2차 수정일 : 2017년 08월 14일

게재확정일 : 2017년 08월 17일

 <要旨>

日本の介護保険政策の成果と課題

- 準市場の視点からの評価 -

高尾真紀子

日本では1990年代半ばには、高齢者の介護を社会化するための公的な介護保険制度が構想され、厚生省主導で制度の骨格が形作られ1997年に法律が成立した。介護保険の成果としては、サービス供給量が増加し、利用者がサービスを選択できるようになったこと、競争によってサービスの質が向上、イノベーションが促進されたこと、家族による介護の負担が軽減されたことが挙げられるが、財政負担の増大と介護労働力の不足が大きな課題である。

日本の介護保険を「準市場」の視点からみると、ケアマネージャーの中立性や質の評価に課題が残るものの、準市場成功の条件はある程度対処されているといえる。また介護保険の成果を効率性、応答性、選択性、公平性の4つの評価基準で見れば、以前の制度と比較して向上している。介護保険制度の改革に向けて、より市場メカニズムの徹底を求める「市場主義派」と利用者保護のための「規制強化派」の議論があるが、普遍主義を前提としつつ、競争によってイノベーションを促進し、質の向上と効率化を図る「準市場」の制度設計が求められる。

Achievements and challenges of long-term care insurance policy in Japan

- Evaluation from quasi-market perspective -

Takao, Makiko

The Japan's long-term care insurance system was envisioned in Japan at the mid-1990s, and the frame of the system was formed led by the Ministry of Health and Welfare, the law was established in 1997. As a result of long-term care insurance, the quantity of service supply increased, the users were able to select services, the quality of services were improved by competition, and innovation was promoted and that the burden of family care has been reduced. On the other hand, an increase in fiscal burden and lack of care workforce is a major issue. Looking at long-term care insurance in Japan from the viewpoint of "quasi-market", although issues remain in neutrality of care managers and in evaluating quality of services, conditions for success have been dealt with to some extent. In addition, if we look at the outcome of long-term care insurance with four evaluation criteria of efficiency, responsiveness, choice, equity, it seems to be improving in comparison with the previous system. Toward reform of the long-term care insurance system there is a conflicting argument between "the principle of market group" seeking more thorough market mechanism and "the regulation reinforcement group" for user protection. Assuming universalism, institutional design of "quasi-market" is required to promote innovation through competition, to improve quality and improve efficiency.